UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1963 N° 37

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE QUELQUES ASPECTS ACTUELS DE LA GROSSESSE INTERSTITIELLE

THESE

Pour le Doctorat en Médecine

(DIPLOME D'ETAT)

Présentée et soutenue publiquement en juin 1963

PAR

André DYE

Membres du Jury	MM. PONTONNIER	Président
	GUILHEM	
	POULHÈS	Assesseurs
	G. ESPAGNO	
	DELAUDE	Suppléant

TOULOUSE
IMPRIMERIE DU VIGUIER
6, rue Ninau, 6
—
1963

Contribution à l'étude de quelques aspects actuels de la grossesse interstitielle

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546523_0068

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1963 N° 37

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE QUELQUES ASPECTS ACTUELS DE LA GROSSESSE INTERSTITIELLE

THESE

Pour le Doctorat en Médecine

(DIPLOME D'ETAT)

Présentée et soutenue publiquement en juin 1963

PAR

André DYE

Membres du Jury

MM.	PONTONNIER	*Président*
	GUILHEM	*Assesseurs*
	POULHÈS	
	G. ESPAGNO	
	DELAUDE	*Suppléant*

TOULOUSE
IMPRIMERIE DU VIGUIER
6, rue Ninau, 6
—
1963

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

TABLEAU DU PERSONNEL

DOYEN	MM.	LAZORTHES.
1er Assesseur		BLANC.
2e Assesseur		SOREL.
Doyens honoraires		GORSE, CALVET, LEFEBVRE. BRUSTIER.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. RIBAUT.	TAPIE.
VALLOIS.	DELAS.
	RISER.

SECTION MÉDECINE

PROFESSEURS

Clinique médicale	MM. MÉRIEL. GADRAT.
Clinique chirurgicale et Gynécologie	FABRE (P.).
Clinique chirurgicale et du Cancer	GRIMOUD.
Clinique chirurgicale infantile et Orthopédie	VIRENQUE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	BAZEX.
Clinique des maladies de la Tuberculose et Pathologie interne.	MOREL.
Clinique des maladies des Voies urinaires	LHEZ.
Clinique médicale infantile et Puériculture	SOREL.
Clinique médicale de la 1re enfance.	BARDIER.
Clinique de Neurologie et Psychiatrie	GERAUD.
Clinique obstétricale	GUILHEM.
Clinique Odonto-Stomatologie	CADENAT.
Clinique Ophtalmologique	CALMETTES.
Clinique O.R.L. et de Chirurgie maxillo-faciale	CALVET.
Clinique Rhumatologique	RUFFIÉ (R.).
Clinique traumatologique des membres	RIEUNAU.
Accouchement et Obstétricie sociale	PONTONNIER.
Anatomie	LAZORTHES.
Anatomie appliquée	POULHÈS.
Anatomie pathologique	FABRE (J.).
Bactériologie, Hygiène, Médecine sociale	ANDRIEU.
Chimie biologique	VALDIGUIÉ (P.).
Electroradiologie	MARQUÈS.
Embryologie générale	BROUSSY (Jean).
Histologie	BIMES.
Hydrologie thérapeutique et Climatologie	DARNAUD.
Médecine légale et du Travail	PLANQUES.
Médecine Sociale	BOUNHOURE.
Parasitologie	BOUISSET.
Pathologie chirurgicale	DAMBRIN.
Pathologie générale et médecine expérimentale	SENDRAIL.
Physico-Chimie	AUVERGNAT.
Physiologie	LAPORTE (Y.).
Physiologie appliquée et Parmacologie	BAISSET.
Physique biologique et médicale.	BUGNARD.
Propédeutique médicale	LAPORTE (J.).
Thérapeutique	DARDENNE.

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

Anatomie générale et comparée	M.	COULOUMA.
Bactériologie	Mme	ENJALBERT.

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Biochimie médicale	MM.	DOUSTE-BLAZY.
Histologie et embryologie		PLANEL.
Ophtalmologie		DEODATI.
Parasitologie		RUFFIÉ (J.).
Physiologie.		MONTASTRUC
Physique médicale		BRU.

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS

Anatomie	MM.	BASTIDE.
Anatomie pathologique		BOUISSOU.
Anesthésiologie		LARENG.
Carcinologie		ESTRADE.
Chirurgie générale		GEDEON.
Electroradiologie		PONS.
Hématologie		DUCOS.
Histologie et Embryologie		GUILHEM (A
Médecine générale		MONNIER.
O.R.L.		CLAUX.
Pathologie expérimentale		GLEIZES.
Physiologie		BESSOU.
Physique Médicale		COMMANAY.

AGRÉGÉS

Médecine générale	MM.	RIBAUT. CALAZEL. RASCOL. LE TALLEC. RIBET.
Chirurgie générale		ANJALBERT. FICAT. PASQUIÉ. SOUQUET. SARRAZIN. GAUBERT.
Dermatologie Syphiligraphie		DUPRÉ.
Hydrologie		DENARD.
Médecine légale		GRÈZE-RUEF
Neurochirurgie		ESPAGNO (J
Neurologie et Psychiatrie		GAYRAL.
Obstétrique.		ESPAGNO (G
Ophtalmologie		BEC.
Pneumo-Phitiologie		DELAUDE.

AGREGES LIBRES

Anatomie	MM.	THOMAS.
Pathologie Chirurgicale		DIEULAFÉ.

SECTION PHARMACIE

PROFESSEURS

Botanique et Cryptogamie	Mme	DULUCQ-MAT
Chimie analytique, toxicologie et Hygiène Industrielle	MM.	BOURBON.
Chimie Pharmaceutique		BLANC.
Matière médicale		VINCENT.
Pharmacie chimique et Pharmacodynamie		CAUJOLLE.
Pharmacie galénique		STANISLAS.
Zoologie		ROUX.

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

Pharmacie	M.	COUTURIER

PROFESSEUR SANS CHAIRE

Sciences naturelles	Mme	CAUJOLLE.
Microbiologie	MM.	BREUILLAUD
Sciences physiques		PITET.

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS

Toxicologie		BROUSSY (G

PERSONNEL ADMINISTRATIF

Secrétaire principal	M.	ROCHE.
Secrétaire		BERRUT.

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats
(Délibération en date du 12 mai 1891)

A MA FEMME

Ce travail est aussi le sien.

A MA MERE

A MON PERE

»Je suis heureux de pouvoir vous remercier ici d'être tels que je vous aurais choisis.

A MA FILLE

A MON FRERE

A MA SŒUR

A MES GRANDS-PARENTS

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PONTONNIER

Professeur d'accouchements et d'obstétricie sociale.

Vous nous faites le très grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Nous vous exprimons notre déférente gratitude et notre respectueuse admiration.

A NOTRE JURY DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GUILHEM

Professeur de Clinique Obstétricale.

Nous n'oublions pas votre accueil toujours bienveillant et sommes heureux de vous exprimer ici notre profonde et respectueuse reconnaissance.

MONSIEUR LE PROFESSEUR POULHES

Professeur d'Anatomie Appliquée
Chirurgien des Hôpitaux.

Nous sommes heureux et fiers de vous voir siéger aujourd'hui parmi nos juges. Nous garderons un vivant souvenir de votre enseignement.

MONSIEUR LE PROFESSEUR GUY ESPAGNO

Professeur Agrégé de Clinique Obstétricale.

Vous nous faites le très grand honneur d'accepter de juger ce travail. En témoignage de notre respectueuse admiration.

MONSIEUR LE PROFESSEUR DELAUDE

Professeur Agrégé de Pneumophtysiologie.
Médecin des Hôpitaux

Nous sommes heureux de vous témoigner ici notre reconnaissance pour votre constante sollicitude et de vous exprimer notre respectueuse admiration.

A MONSIEUR LE DOCTEUR CANOVAS

Gynécologue - Accoucheur
Chef du Service de Gynécologie Obstétrique
du Centre Hospitalier de Sidi-Bel-Abbès.

qui inspira ce travail.

Pendant deux ans, vous avez été notre maître et vous nous avez fait l'honneur de votre amitié. Nous vous devons, outre notre formation praticienne et le goût de l'art obstétrical, d'avoir pu apprécier vos qualités humaines et professionnelles.

En témoignage de notre profonde admiration et de notre respectueuse amitié.

A MONSIEUR LE DOCTEUR GEORGES PONTONNIER

Chef de Clinique Obstétricale.

En le remerciant de l'aide précieuse qu'il a bien voulu nous accorder pour la rédaction de ce travail.

Introduction

L'étude des grossesses développées dans la portion intra-utérine de la trompe, nous paraît présenter un intérêt théorique et un intérêt pratique.

— SUR LE PLAN PRATIQUE :

Il faut les reconnaître, le plus précocement possible, pour accroître les chances de réaliser un traitement conservateur.

Il faut aussi, classiquement, distinguer cette variété de grossesse ectopique des grossesses angulaires, qui présenteraient souvent un tableau clinique semblable, mais dont l'évolution vers la normalisation est la règle.

— SUR LE PLAN THEORIQUE :

Il est intéressant de tenter d'approfondir les problèmes nosologiques posés par ces grossesses situées dans une zone liminale, qui expliquent la disparité des travaux qu'elles ont inspirés et la confusion fréquente de la terminologie.

A l'occasion de quelques observations personnelles, nous nous proposons d'étudier cette question.

— Une revue de la littérature, surtout française et anglo-saxonne, constituera la base et la première partie de ce travail.

— Nous exposerons ensuite les observations que nous avons recueillies.

— Ces observations nous permettront d'illustrer une troisième partie, où nous tenterons de commenter certains aspects plus particulièrement intéressants, soit par leurs conséquences pratiques, soit par leur caractère d'actualité.

PREMIERE PARTIE

Revue de la littérature

Nous avons adopté, pour la clarté de l'exposé, le plan suivant :

1° HISTORIQUE.

2° ETUDE ANATOMIQUE.
- Structure et morphologie de la jonction tubo-utérine.
- Critères anatomiques de la grossesse interstitielle.
- Classification des grossesses développées au niveau de la jonction tubo-utérine.

3° ETUDE CLINIQUE.

4° LE PROBLEME DU DIAGNOSTIC.

5° ETUDE ETIOLOGIQUE.

6° LE TRAITEMENT.

Historique

Si l'on veut ignorer les affabulations mythologiques, l'histoire de la grossesse Extra-Utérine a commencé au XIX^{e} siècle.

— Certes, au XVI^{e} siècle, on entrevoit la possibilité d'une relation entre certains accidents abdominaux mortels et l'état de gestation ; et, au XVIII^{e} siècle, LEVRET envisage l'existence d'une grossesse hors de l'utérus qu'il considère comme « une mauvaise grossesse ».

— Mais la compréhension même de la nidation ectopique, ne pouvait se concevoir qu'après les travaux de RÉGNIER DE GRAAF sur les phénomènes de l'ovulation et de la fécondation (fin du XVII^{e} siècle).

— C'est pourquoi les anomalies du siège de la nidation ont inspiré de nombreux travaux durant tout le XIX^{e} siècle et au début du XX^{e}.

— Il semble, toutefois, que les problèmes posés par les grossesses interstitielles aient reçu relativement moins d'attention, si l'on envisage leur étude exhaustive.

⁂

— On attribue à SCHMITT, en 1801, le mérite d'avoir établi la notion de « grossesse tubo-utérine » à l'occasion d'une nécropsie pour rupture de « Grossesse Interstitielle » (WYNNE, cité par. 39).

Jusqu'alors, seules étaient connues les grossesses « utérines » et les grossesses « extra-utérines ».

— C'est FITZ qui, en 1875, publia la première observation américaine authentique de « grossesse interstitielle ».

— Les premiers cas de guérison maternelle ont été rapportés en 1893 :

— par TRAUB, d'une part, qui pratiqua une hystérectomie ;
— par LAWSON-TAIT, d'autre part, qui réalisa une énucléation de l'œuf en conservant la trompe.

— En 1896, VON ROSENTHAL publie la première étude d'ensemble sur les grossesses interstitielles.

— Plus tard paraîtront les travaux de WAEGELLI de LEQUEUX, de BRINDEAU (avant 1914) et ceux de VAUDESCAL en 1919.

⁂

Il est à remarquer, que jusqu'en 1903, le terme de grossesse « tubo-utérine » désigne exclusivement les grossesses développées dans la partie interstitielle de la trompe.

Mais, en 1903, WASSILIEF, à la suite d'observations rapportées par TEDENAT, PUECH et BAR, individualise, sous le nom de « Grossesse Angulaire » une variété de grossesse tubo-utérine qui évolue vers la normalisation.

— Cette notion de Grossesse angulaire sera ensuite précisée et développée, par KERR et ANDERSON par exemple, qui en 1934, décrivent sous ce nom, « une variété de grossesse interstitielle développée à la jonction de la muqueuse tubaire et utérine, qui évolue souvent vers la continuation de la grossesse jusqu'au terme ».

⁂

Mais cette différenciation, qui crée les termes de grossesse « interstitielle » et de grossesse « angulaire » en les opposant par leurs caractères anatomiques et évolutifs, comporte un risque permanent de confusion et un constant rapprochement.

— Cependant, grâce au progrès des méthodes d'investigation para-clinique, le problème des grossesses développées à la zone de jonction tubo-utérine, apparaît sous un nouvel aspect.

1° *La notion classique qui individualise la « Grossesse Angulaire »* a perdu de son importance (26).

En effet, si la plupart des auteurs reconnaissent l'existence d'un syndrome clinique de début de la grossesse, caractérisé par la perception des signes cliniques de grossesse ectopique et par une évolution paradoxale vers une grossesse

normale, on admet par contre, très difficilement l'existence d'une base anatomique à ce syndrome clinique.

Et ainsi que le fait très justement remarquer LACOMME, on peut discuter de l'existence même de la grossesse angulaire.

2° *La grossesse interstitielle*, elle-même, ne comprend désormais que deux variétés :

a) *la grossesse interstitielle intra-canaliculaire* développée dans la lumière du canal intra-utérin de la trompe et qui n'est qu'une variété un peu particulière de la grossesse ectopique tubaire ;

b) *la grossesse interstitielle intramurale* dont la localisation dans la paroi utéro-tubaire pose le problème de son étiopothogénie et de son traitement.

— L'étude anatomique précise du segment interstitiel de la trompe nous paraît nécessaire à la compréhension de ces notions. Elle fait l'objet du chapitre suivant.

Étude anatomique

GENERALITES :

« La portion interstitielle ou intrapariétale de la trompe, est située, comme son nom l'indique dans l'épaisseur même de la paroi utérine...

La trompe débouche dans l'utérus, par un petit orifice arrondi, de 1 mm de diamètre : l'ostium utérinum, qui s'ouvre au sommet de l'infundibulum qui constitue l'angle supérieur de la cavité utérine » (TESTUT).

La Grossesse Interstitielle devra donc se développer dans la portion intra-utérine de la trompe, en dehors de l'ostium utérinum.

Ces notions précises, ont été cependant modifiées ou interprétées selon les faits cliniques qu'elles désignaient. On a décrit, par exemple, à côté des grossesses interstitielles vraies, « des grossesses isthmo-interstitielles, et des grossesses tubo-utérines », la première variété évoluant vers la trompe, la seconde vers l'utérus (52-11).

Il nous semble alors intéressant, de reprendre les notions anatomiques qui ont été établies, concernant la structure et la morphologie de cette zone de jonction utéro-tubaire. Nous pourrons ensuite exposer les critères anatomiques de la grossesse interstitielle, et préciser les caractères des formes anatomopathologiques qui ont été décrites.

⁂

ÉTUDE ANATOMIQUE DE LA JONCTION TUBO-UTÉRINE

I. — LA STRUCTURE DE LA PAROI

C'est surtout l'élément musculaire, qui présente un réel intérêt dans l'étude de la paroi de la corne utérine. Dans une première partie, nous développerons les conceptions classiques sur la disposition architecturale des fibres musculaires tubaires et utérines. Nous exposerons ensuite, les descriptions plus récentes qui concernent cette région.

1. — Classiquement :

1° *La musculature tubaire* est constituée par une couche externe de fibres longitudinales et par une couche interne de fibres circulaires. Une gaine de tissu conjonctif isole la paroi utérine.

2° *La musculature utérine* peut être divisée en trois couches :

a) *la couche externe,* comprend elle-même deux éléments superposés :
— une large sangle de fibres longitudinales, qui recouvre les faces et le fond de l'utérus. C'est le « Stratum subserosum »,
— un plan plus profond, formé de fibres transversales et circulaires, avec de nombreuses fibres élastiques. C'est le « Stratum supra-vasculaire ».

b) *la couche moyenne,* très épaisse, « plexiforme, est constituée, de faisceaux entrecroisés dans tous les sens, qui entourent de nombreux vaisseaux. C'est le « Stratum vasculosum ».

c) *la couche interne,* qui désigne :
— un ensemble de faisceaux superficiels, constituant « le faisceau triangulaire » ou « stratum infra-vasculaire »,
— le « Stratum submucosum », dont les fibres circulaires, forment les muscles orbiculaires des trompes.

3° *Au cours de la grossesse,* le muscle utérin, d'après Mas, est composé de ces trois couches. Mais si la couche moyenne « est également répartie sur toute l'étendue de l'organe, les couches interne et externe, ont une disposition spéciale de leurs fibres, différente pour chacune d'elles. Elles concordent, en ce sens que pour l'une et pour l'autre, « existe une zone où la pénurie musculaire est manifeste, c'est la région des cornes, ou juxta salpingienne ».

4° *On retrouve cette conception* dans l'expression pittoresque de Bar, qui considère que la région d'abouchement de la trompe dans l'utérus, est une « zone maigre ».

2. — Cependant,

— *Sur le plan pratique* l'expérience chirurgicale des ruptures de grossesses développées à ce niveau, a incité la plupart des opérateurs à combattre cette notion de zone maigre.

Les fréquentes difficultés de l'hémostase, et l'épaisseur de la paroi à suturer, témoigneraient plutôt en faveur d'une abondante richesse vaso-musculaire.

— *Sur le plan théorique,* Vasen, s'appuyant sur des travaux récents d'auteurs allemands et anglo-saxons, a approfondi l'étude anatomique et fonctionnelle de la portion intrapariétale de la trompe.

1° *Il n'y a pas de solution de continuité* entre la musculature tubaire interstitielle, et la musculature utérine qui l'entoure.

2° *De même que dans la paroi utérine,* on peut distinguer trois couches dans la *paroi tubaire.*

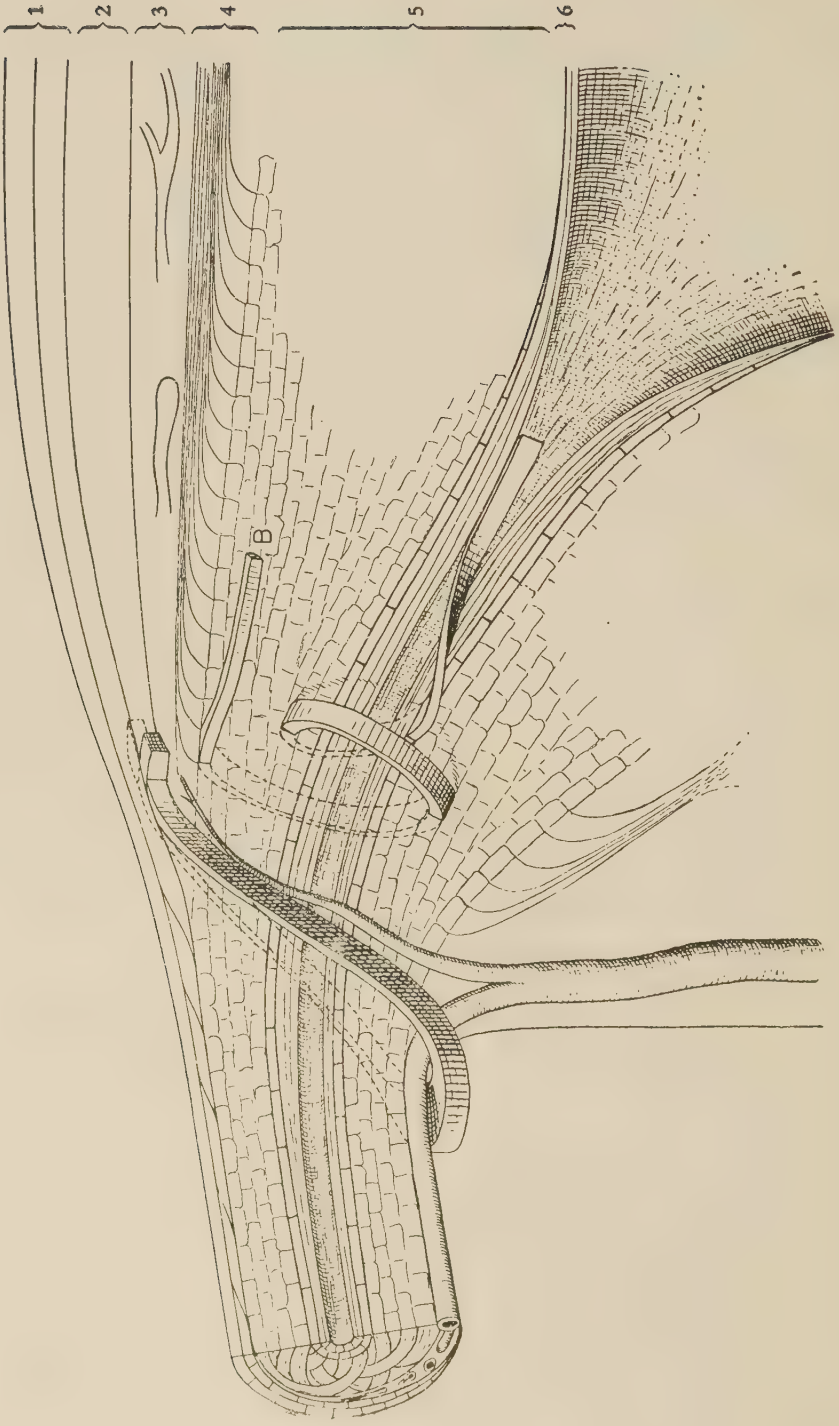
3° *Le myomètre* est constitué à ce niveau par trois plans musculaires :

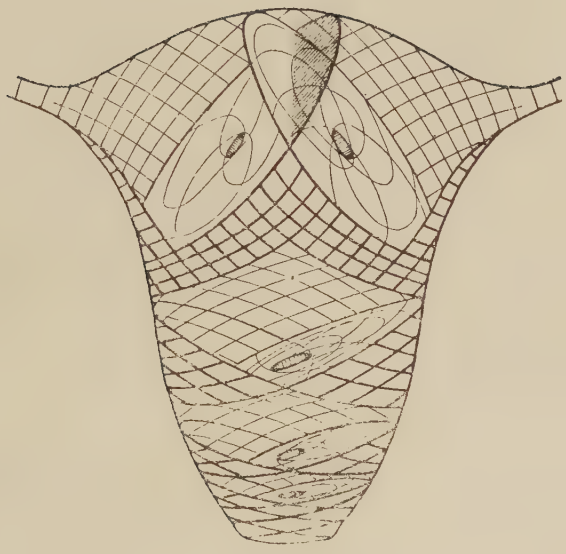
a) *La couche externe,* ou « sous-péritonéale », est comme son nom l'indique, au contact du péritoine. Elle se continue, sans interruption, sous le péritoine tubaire, et envoie des fibres dans le ligament large. Elle est disposée en deux plans de fibres longitudinales. Du plan profond, part un anneau de tissu musculaire, qui entoure la partie interstitielle au niveau de son extrémité distale. Cet anneau musculaire est accompagné d'une boucle vasculaire parallèle.

b) *La couche moyenne,* vasso-musculaire, contient des fibres perpendiculaires à l'axe longitudinal de la trompe, et des rameaux artériels et veineux, entourés d'une gaine de tissu musculaire. Ils forment parfois des anneaux autour de la trompe.

c) *La couche interne ou « musculature propre de l'utérus »,* subdivisée en trois parties, a la même disposition architecturale que la musculature propre tubaire « *qui est à son contact* ».

Dans la musculature utérine, cependant, les faisceaux


1
2
3
4
5
6
B



SCHEMA N° 2

Diagramme de la musculature utérine selon Von Goertler, in Thèse Vasen.

← SCHEMA N° 1

Disposition architecturale des fibres musculaires au niveau de l'abouchement tubo-uterin - Selon Vasen - page 79. Fig. 29.

1. - Faisceaux musculaires sous-péritonéaux, couche superficielle.
2. - Faisceaux musculaires sous-péritonéaux, couche profonde.
3. - Couche vasomusculaire.
4. Zone externe.
5. Zone moyenne. } de la musculature propre de l'utérus.
6. Zone interne.

sont moins individualisés que dans la partie interstitielle de la trompe.

Trois plans la constituent :

— externe à direction longitudinale,

— moyen circulaire,

— interne longitudinal.

Ainsi la musculature propre de la trompe est au contact de la musculature propre à l'utérus qui l'entoure.

4° *Cette disposition explique l'absence d'un sphincter* tubaire anatomiquement individualisé.

Mais la boucle formée par le faisceau sous pariétal profond d'une part, les artères circulaires avec leur gaine musculaire d'autre part, peuvent rétrécir ou obturer la lumière de la trompe. A cette action s'associe la possibilité d'ondes de contraction, que permet la disposition particulière des fibres de la musculature propre de l'utérus.

Ces différents mouvements interviennent vraisemblablement, dans le transport du sperme ou même de l'ovule fécondé.

II. — LA MORPHOLOGIE DU CANAL INTERSTITIEL

Quant à la forme même de la cavité interstitielle, nous en empruntons la description aux travaux de Lisa et Coll. D'après ces auteurs, la « corne utérine qui montre une lumière très étroite, semble avoir deux parties : la portion interstitielle de la trompe et l'infundibulum endométrial » ou angle supérieur de la cavité utérine.

La lumière interstitielle, virtuelle à l'état physiologique, a la forme d'un cône sur les pièces fixées.

Le sommet du cône se continue avec la lumière isthmique, la base avec l'angle utérin.

La longueur du segment tubaire interstitiel, ne dépasserait pas 1 cm contrairement à l'opinion généralement admise.

En outre, il est difficile de définir la limite entre la lumière interstitielle et « l'infundibulum utérin » sans l'apport de l'étude histologique.

En effet, la forme et les dimensions de la lumière interstitielle et infundibulaire sont identiques, et la structure des parois interstitielle et utérine à ce niveau est comparable.

Du point de vue anatomique, le passage de la trompe

dans la corne utérine se fait insensiblement, sans aucune limite précise de démarcation.

Du point de vue histologique, il semble exister une séparation nette entre les muqueuses tubaire et utérine ; l'endomètre peut toutefois envahir la portion interstitielle, même sans créer un état pathologique (15-37).

LES CRITERES ANATOMIQUES DE LA GROSSESSE INTERSTITIELLE

Les tests anatomiques prouvant la grossesse interstitielle ont été établis surtout dans le but de différencier cette variété de grossesse ectopique, d'une autre forme de « grossesse anormale », la grossesse angulaire.

De ce point de vue, 4 aspects sont généralement commentés :

— la verticalisation du fond utérin,
— l'insertion assymétrique des annexes,
— la position du Ligament Rond par rapport à la tumeur,
— la communication du sac foetal avec la cavité utérine ou tubaire.

Il paraît assez malaisé d'objectiver ces caractères au cours de l'examen clinique. Ils seront donc appréciés, le plus souvent au cours d'une laparatomie, avant ou après la rupture.

1° *La Verticalisation du fond utérin*, décrite aussi sous le nom de « signe de RUGE-SIMON », se retrouve indiscutablement dans de nombreuses descriptions de grossesse interstitielle.

Sa présence peut quelquefois être appréciée à l'examen clinique. Cependant, ce signe ne peut avoir une valeur catégorique, car il existe d'authentiques grossesses interstitielles, non exceptionnelles, qui se traduisent plutôt par « une fluxion juxta utérine latérale ». Il s'agit alors souvent de grossesses interstitielles à leur début.

C'est l'opinion de VAUDESCAL, qui refuse, en outre, l'explication de ce signe, soutenue par SIMON.

Pour les auteurs américains, il s'agit davantage « d'une assymétrie utérine, avec présence d'une tumeur molle à l'une ou l'autre corne ».

2° *L'ascension du point d'insertion de la trompe gravide* qui se traduit par une assymétrie des annexes, est un signe

admis avec réserve, même par les auteurs classiques.

On ne lui accorde en général, qu'une valeur d'appoint. Les descriptions récentes le signalent rarement. Sa présence ne permet pas, en tout cas, d'éliminer une grossesse angulaire, ou développée dans un utérus malformé.

3° *La position du Ligament Rond, du côté gravide,* est considéré, encore actuellement, comme un test assez fidèle. Pour les auteurs classiques, le Ligament Rond, s'insère au pôle externe de la tumeur si la grossesse est angulaire, au pôle interne si la grossesse est interstitielle.

— Cette discrimination n'est pas retrouvée, chez les auteurs américains. Pour eux, dans une grossesse interstitielle, la tumeur fœtale est supérieure au point d'implantation du Ligament Rond ; celui-ci, occupe en général une position externe, certes, mais surtout « latero-inférieure » ou « antero-inférieure ». Ce critère leur permet d'éliminer la grossesse extra-utérine isthmique.

La différenciation avec la grossesse angulaire, leur semble plus délicate à résoudre; en effet, il existe des cas où la portion interstitielle de la trompe et la corne de l'utérus étant « impliqués ensemble », il est impossible de déterminer le siège primitif de l'implantation ovulaire. Il s'agit le plus souvent de cas, où la rupture est déjà accomplie, comme dans les trois observations signalées par MALKASIAN. Cet auteur pense que l'on pourrait réserver à de telles grossesses ,le terme de « cornual pregnancy ».

4° *Certains auteurs, ont voulu également fonder* le diagnostic anatomique de la grossesse interstitielle, sur l'existence ou l'absence d'une communication entre la loge de la tumeur fœtale, et la lumière utérine ou tubaire. Nous avons reurouvé l'une et l'autre possibilités.

Il semble, toutefois, que l'isolement complet de la cavité tumorale, soit une éventualité très rare (nous en avons colligé 7 cas seulement), il s'agirait alors de la variété intra-murale. Il existe, le plus souvent, un pont assez mince de tissu endométrial.

LES CLASSIFICATIONS ANATOMOPATHOLOGIQUES

La multiplicité des signes décrits et leur contingence, explique la diversité des formes anatomopathologiques qui ont été signalées.

Les classifications en rendent compte qui laissent subsister une certaine confusion, en s'attachant à préciser les

diverses positions de la nidation du point de vue de sa localisation anatomique.

Cependant, il semble que l'on doive actuellement écarter l'énumération des formes intermédiaires, dont le nombre paraît être en rapport avec la précision de nos moyens d'investigation.

Dans le groupe des grossesses interstitielles, on admet aujourd'hui :

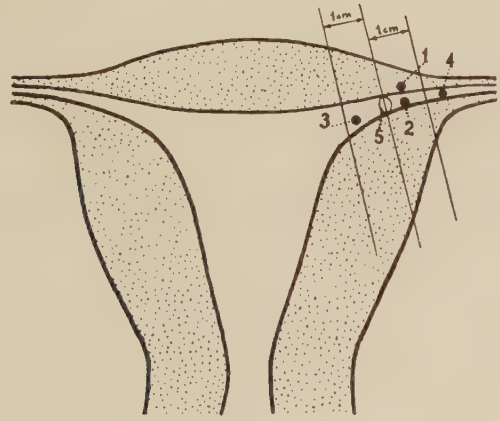
a) la grossesse intracanaliculaire (fig. 3).

- développée dans la lumière du canal interstitiel,
- communiquant avec la cavité utérine et avec la cavité isthmique,
- pouvant envahir l'une ou l'autre de ces cavités ;

b) la grossesse intramurale (fig. 3).

- développée *dans la paroi même* de la zone de la jonction tubo-utérine,
- isolée de la cavité utérine et de la cavité tubaire,
- limitée par les fibres du myomètre.

Ces deux formes anatomiques ne pourraient résumer la totalité des grossesses développées à la jonction tubo-utérine (surtout s'il existe une ébauche d'utérus bicorne) qui s'individualisent par le tableau clinique qu'elles illustrent, et que nous allons envisager maintenant.



SCHEMA N° 3

Les diverses localisations de l'implantation ovulaire au niveau de la « Corne utérine ».

1. *Grossesse interstitielle intra-murale.*
2. *Grossesse interstielle intra-canaliculaire.*
3. *Grossesse angulaire* } *Pouvant donner des formes intermédiaires.*
4. *Grossesse isthmique* }
5. *Ostium uterinum.*

Étude Clinique

GENERALITES :

La grossesse interstitielle est une variété de grossesse ectopique qui se présente cliniquement comme une grossesse « para-utérine ».

Elle se traduit, en effet, non pas comme on pourrait le croire par des signes évidents de grossesse pathologique, mais plutôt par le tableau beaucoup moins évocateur d'une femme qui saigne et qui souffre, au début de sa grossesse, elle-même souvent méconnue.

Nous allons tenter dans ce chapitre, d'analyser les différents aspects séméiologiques de cette variété de grossesse ectopique, en ne nous dissimulant pas qu'une telle analyse est bien artificielle. Elle nous paraît toutefois nécessaire, pour la clarté de l'exposé.

Nous allons ainsi passer successivement en revue, les troubles fonctionnels, les signes révélés par l'examen clinique et les accidents évolutifs des grossesses interstitielles.

Il nous faut ici remarquer, que le plus souvent, le diagnoctic de cette grossesse est impossible à préciser avant la laparotomie.

⁂

LES SIGNES FONCTIONNELS

I. — LA DOULEUR :

1° *Fréquence :*

Si l'élément douloureux est fréquemment retrouvé dans l'histoire clinique de toutes les grossesses ectopiques, il prend ici une importance statistique considérable.

Il existe en effet, dans la quasi totalité des cas de grossesse interstitielle, isolé ou associé à d'autres troubles fonctionnels.

Au cours de nos recherches bibliographiques, nous n'avons relevé qu'un seul cas de grossesse interstitielle où la douleur n'existait pas : il s'agissait d'une grossesse intramurale non rompue (51).

2° *Caractères :*

A cette fréquence élevée, s'ajoute un polymorphisme, retrouvé également dans les autres grossesses ectopiques.

La douleur peut être abdominale pure, localisée au cul de sac de Douglas, à la ceinture scapulaire par exemple, ou irradiée à distance.

a) *La douleur abdominale* est la forme la plus fréquemment rencontrée, et celle dont les caractères ont été le plus approfondis.

Il s'agit :

— soit d'une douleur diffuse à tout l'abdomen,
— soit d'une douleur localisée au côté de la lésion gravide, avec dans ce cas, une « sensibilité exquise à la palpation de l'utérus ? » (23).

Du point de vue de son intensité, la douleur abdominale emprunte :

— soit le caractère de « crampes » ou de « coliques utérines »,
— soit plus souvent, celui de la douleur de type syncopal, même lorsque la rupture n'est pas encore réalisée.

b) *La douleur du cul de sac de Douglas,* a été surtout décrite, à l'occasion d'un hématocéle.

c) *La douleur élevée,* scapulaire ou thoracique, localisée au même côté que la « corne gravide », retrouvée dans 15 % des grossesses ectopiques existerait avec la même fréquence dans la grossesse interstitielle. Mais ce signe est en principe observé en cas d'hémorragie intra-péritonéale importante.

3° *Pathogénie :*

La pathogénie de ces douleurs demeure encore obscure. Mais pour de nombreux auteurs, l'irritation péritonéale expliquerait les douleurs de caractère diffus ; tandis que les douleurs localisées seraient dues à la distension et à l'amincissement de la musculature tubo-utérine.

4° *En résumé,* quels que soient son lieu d'élection et son

intensité, la douleur dans la grossesse interstitielle s'individualise par sa grande fréquence et par son caractère paroxystique constamment retrouvé.

II. — L'AMENORRHEE :

La fréquence de ce signe se retrouve dans 70 % environ des cas de grossesse interstitielle ; cette opinion est confirmée par FELMUS et PEDOWITZ, qui constatent que sur 17 cas de grossesse interstitielle opérés, la gravidité n'avait pas été soupçonnée dans 5 cas.

Mais ce signe perd beaucoup de sa valeur à cause de la présence de métrorragies.

Il faut un interrogatoire minutieusement conduit pour le mettre en évidence.

III. — LES METRORRAGIES :

1° *Fréquence :*

C'est seulement dans 51 % environ des cas de Grossesses interstitielle que l'on note la présence de métrorragies (21). Cette fréquence relativement basse, est un des caractères cliniques particuliers de cette variété de grossesse ectopique.

2° *Caractères :*

Les métrorragies sont rarement abondantes ; elles surviennent :
— soit immédiatement après la première douleur,
— soit quelques jours ou quelques semaines après.

3° *Pathogénie :*

La rareté des métrorragies dans la grossesse interstitielle, pourrait être due, selon PEDOWITZ et FELMUS, à la possibilité d'une implantation placentaire de meilleure qualité que dans les autres variétés de gestation ectopique. En effet, le mécanisme de ces métrorragies s'expliquerait essentiellement par les décollements placentaires partiels, et plus rarement par la distension des fibres musculaires tubo-utérines.

*
**

Ce sont en général, ces troubles fonctionnels qui incitent la malade à consulter.

L'examen physique, permet alors de préciser certaines particularités propres à ces grossesses.

*
**

LES SIGNES PHYSIQUES :

Le fait primordial est la perception d'une masse juxta-utérine molle, chez une malade qui présente les symptômes fonctionnels que nous venons de décrire.

Les caractères de cette tumeur ont été minutieusement étudiés.

Mais l'exiguïté de la zone d'implantation, ainsi que sa localisation particulière dans la paroi utérine, expliquent qu'il s'agit davantage de nuances séméiologiques, que de critères bien définis.

Pour la majorité des auteurs classiques, il a semblé toutefois intéressant de préciser ces nuances, en vue d'un diagnostic précoce et exact.

Dans les cas typiques de grossesse interstitielle, la tumeur fœtale s'implante par une large base sur le fond utérin, qui se verticalise.

L'absence du signe de HEGAR est habituelle.

La tumeur peut être située sur un plan postérieur à l'utérus ce qui la distinguerait de la grossesse angulaire, toujours située, elle, sur le même plan que l'utérus.

Mais la plupart des auteurs, s'accordent à reconnaître la difficulté d'objectiver ces signes (4-32). Ceci explique que dans presque tous les cas, la grossesse interstitielle n'est affirmée qu'à l'occasion d'un accident évolutif inévitable.

*
**

LES ACCIDENTS EVOLUTIFS :

La grossesse interstitielle ne peut pas évoluer favorablement. Même si elle dépasse le stade des premiers mois, elle reste toujours une grossesse ectopique.

Si elle parvient exceptionnellement jusqu'au terme, elle se comporte alors comme une grossesse utéro-abdominale. Mais, le plus souvent, elle se termine avant le 6e mois, par un accident obstétrical, comme l'avortement ou la rupture (21).

1° *L'avortement :*

Il est difficile de concevoir la possibilité d'un avortement dans la grossesse interstitielle.

Pour FELMUS et PEDOWITZ, cependant, il existe des cas où « le sac embryonnaire peut aussi gagner la région supérieure de la cavité utérine, et provoquer un avortement spontané, qui, sauf dans le cas d'une rétention placentaire à la jonction tubo-utérine, est impossible à différencier d'un autre avortement spontané ».

Nous nous demandons toutefois si ces auteurs n'englobent pas dans leur description, la grossesse interstitielle, et la nidation dans une corne rudimentaire, que les auteurs classiques identifient à la grossesse angulaire, interrompue avec un enchatonnement placentaire consécutif.

Il est en effet bien difficile de différencier une grossesse développée dans une corne utérine rudimentaire, d'une grossesse interstitielle qui évolue à cheval sur la jonction tubo-utérine, une portion de l'œuf étant proprement tubaire, l'autre se développant dans la cavité utérine.

2° *La rupture :*

Si l'avortement semble l'exception, la rupture utéro-tubaire est une éventualité habituelle et quasi inévitable dans la grossesse interstitielle.

La rupture utéro-tubaire est une éventualité habituelle et quasi inévitable dans la grossesse interstitielle.

La rupture de grossesse interstitielle réalise une rupture de la corne utérine.

Elle se traduit par un tableau clinique semblable à celui des autres ruptures tubaires.

Il est à noter pourtant, que dans le cas qui nous occupe, le shock est plus fréquent, plus rapide et plus profond. FELMUS et PEDOWITZ le retrouvent dans 71,2 % des cas, chiffre supérieur de 5 fois, selon eux, au pourcentage habituellement cité dans les autres variétés de rupture tubaire.

Il est certain que toutes les observations que nous avons pu étudier, signalent la rapidité et la profondeur du shock et l'abondance de l'hémorragie intra-péritonéale : chaque malade recevant en moyenne 3 flacons de sang.

La date d'apparition de la rupture par rapport à l'âge de la grossesse, se situe, le plus souvent vers la 12e semaine.

La grossesse interstitielle peut, quelquefois, évoluer jusqu'à la 32e semaine (49), ou exceptionnellement jusqu'au terme (Scipiadès, cité par FULSHER ; Grusetz and Polayes ; et Stapleton, cité par MALKASIAN).

Nous devons insister sur la gravité de la rupture utéro-tubaire dans ces formes de grossesses.

Le taux de mortalité, cité par PEDOWITZ est de 2,2 % ; FULSCHER note dans sa statistique, 4,5 %. En outre, sur les 5 cas de rupture de la corne, rapportée par VERDIER, 4 ont eu une issue fatale.

Ce caractère de gravité, pourrait trouver son explication, en partie dans l'extrême richesse vasculaire de la région. Il justifie, les efforts entrepris pour établir un diagnostic, précoce si possible avant la rupture.

Diagnostic

La difficulté d'interprétation des signes révélés par l'examen clinique et des critères anatomiques découverts à la laparotomie, explique la rareté du diagnostic précoce et précis des grossesses interstitielles.

Pour beaucoup d'auteurs, le problème paraît bien souvent insoluble, à la phase de grossesse non compliquée.

LE PROBLEME PRATIQUE :

En pratique cependant, deux aspects nous semblent devoir être envisagés :

I. — *Avant la rupture.*

1° Le diagnostic est alors centré sur la découverte, chez une femme qui saigne et qui souffre, d'un masse juxta-utérine.

2° Il s'agit de reconnaître, si cette masse est le témoin d'une affection gynécologique, ou d'une grossesse.

3° Dans ce dernier cas, il faut préciser si la grossesse est intra-utérine et si elle pourra se développer normalement dans une seconde phase ; ou enfin si elle est irrémédiablement anormale.

II. — *Après la rupture.*

C'est le problème des syndromes d'hémorragie interne aiguë chez une femme en période d'activité génitale. A la

laparotomie, on reconnaît alors la variété exacte de la grossesse rompue.

⁂

— Négligeant volontairement, l'énumération des diverses affections gynécologiques ou des syndromes abdominaux, qui sont à éliminer dans l'une ou l'autre des deux précédentes éventualités, nous voudrions plutôt exposer les apports et la valeur des examens paracliniques dans le problème du diagnostic.

LES EXAMENS PARACLINIQUES :

Nous allons envisager successivement, en essayant de ne pas perdre de vue le problème pratique, les critères qui ont été proposés.

I. — L'EPREUVE DE REEB

Décrite initialement, pour permettre le diagnostic de la grossesse angulaire, elle consiste à injecter pendant l'examen, 1 unité internationale de post hypophyse, dans une veine du bras (13).

Cette injection I.V. de post hypophyse, permettrait d'obtenir une contraction de l'utérus, et surtout de la corne gravide, la solidarisant ainsi à l'utérus, et signant son appartenance utérine.

Certains auteurs (29), la recommandent aussi, lorsque la laparotomie ne permet pas de déterminer s'il s'agit d'une grossesse développée dans une corne ou dans la portion interstitielle de la trompe.

II. — LES EPREUVES BIOLOGIQUES

Sans vouloir aborder ici, le problème des dosages hormonaux dans les grossesses ectopiques, il semble que cet examen en affirmant ou en éliminant la présence d'un œuf vivant doit être le premier geste du médecin qui soupçonne une grossesse de la corne utérine.

Il parait indispensable, de toute façon, avant d'entreprendre un examen hysterosalpingographique.

III. — L'HYSTEROSALPINGOGRAPHIE

L'hystérosalpyngographie à la polividone, a été en effet proposée dans le diagnostic des grossesses extra-utérines (44 bis).

Mais ses promotteurs constatent que dans le cas des grossesses interstitielles, les images ne paraissent pas « très catégoriques ». On y obtiendrait une amputation de la corne utérine correspondante, et une injection irrégulière du sac tubaire (11).

IV. — LA COELIOSCOPIE

Parait ici la méthode de choix, par la possibilité qu'elle offre d'un abord visuel des lésions ; par le fait que dans le cas de grossesse interstitielle, elle peut permettre un diagnostic précoce, ce qui rendra possible dans certains cas un traitement conservateur.

Sa bénignité et son innocuité ne doivent pas, cependant, masquer ses limites.

Elle exige, en effet, une grande expérience de l'opérateur. En outre, il ne faut pas perdre de vue que des laparotomies effectuées dans certains cas de grossesse de la jonction tubo-utérine, même avant la rupture ne sont pas toujours décisives (32-23), ce qui augmente encore la difficulté de son interprétation.

V. — *L'EXAMEN ANATOMOPATHOLOGIQUE*

Il semble donc que le véritable moyen de formuler un diagnostic de localisation indiscutable, soit l'étude histologique.

1° *Ainsi, dans la grossesse interstitielle,* on ne retrouverait pas de caduque à la périphérie de l'œuf, « mais une couche bien individualisée de fibres musculaires utérines, sans interposition de caduque » (52).

Cependant, cette absence de caduque est également signalée dans les cas de rupture angulaire (2, page 17).

2° On insiste alors sur la modalité d'action destructrice de la grossesse :

— dans la grossesse interstitielle cette activité s'exercerait sur la partie superficielle de la paroi utérine ;
— dans les autres cas, sur toute l'épaisseur de la paroi.

Mais ce critère ne semble pas tenir compte de la possibilité d'une grossesse interstitielle, dans sa variété intracanaliculaire. Il nous paraît donc insuffisant.

CONCLUSION :

En conclusion à ce chapitre du diagnostic, on peut penser avec certains auteurs, que même encore aujourd'hui « pièces opératoires en main, et après diagnostic histologique, il reste souvent impossible d'affirmer la nature exacte de la lésion », qui a provoqué la rupture au niveau de la corne utérine, lorsque celle-ci se produit (38).

Etiopathogénie

L'étude des causes précises et du mécanisme de ce type particulier de nidation ectopique est un problème actuel.

L'implantation ovulaire dans la portion intra-utérine de la trompe n'échappe pas aux conditions générales d'apparition de toutes les grossesses ectopiques, tout en présentant certaines particularités qui justifient son individualisation.

Dans cette optique s'inscrivent sa fréquence d'apparition et les divers mécanismes pathogéniques qui peuvent l'expliquer.

LA FREQUENCE

La rareté de la grossesse interstitielle est admise.

1° En 1953, Felmus et Pedowitz ont colligé les études publiées relatives à la grossesse interstitielle.

Sur 4 642 grossesses ectopiques, il existe seulement 126 cas de grossesse interstitielle. Soit : 2,7 %.

Le pourcentage le plus bas (1,1) est indiqué par Dindia et Turcotte en 1946 et le plus élevé (6,3) par Mac Farlane et Sparling la même année.

2° En passant en revue la littérature depuis 1952, nous avons pu relever :

12 cas isolés ;

17 cas sur 301 grossesses extra-utérines dans l'étude de Cartoux et Tran Din Dhe ;

11 cas sur 322 grossesses ectopiques dans la statistique de Malkasian et Hunter ;

4 cas de grossesse intramurale colligés par Bohlig.

3° Cette notion d'une apparition très rare de la nidation interstitielle est confirmée par Ash qui a établi (selon Hyams) que le nombre des cas de grossesse interstitielle authentique publiés avant 1932 n'atteignait pas 200.

Actuellement, il se situe probablement au-dessous de 300.

PATHOGENIE

Un autre aspect intéressant est celui qui concerne l'étude des divers mécanismes pouvant favoriser la nidation à la jonction tubo-utérine.

Pour les comprendre, il nous faut rappeler les deux composantes de la nidation normale.

D'une part, intervient le transport de l'ovule, du hile ovarien, jusqu'au fond utérin.

D'autre part, la réceptivité et la localisation normales de la muqueuse endométriale paraissent indispensables.

On conçoit que toute perturbation de l'un ou l'autre de ces facteurs puisse provoquer une anomalie dans le siège de l'implantation ovulaire.

Dans le cas des grossesses interstitielles, nous allons exposer les diverses théories soutenues en les rattachant aux deux composantes que nous avons signalées.

I. — LES MODIFICATIONS DES CONDITIONS D'IMPLANTATION

Elles peuvent intéresser, soit la muqueuse, soit l'ovule.

a) *La colonisation de la muqueuse tubaire.*

par l'endomètre serait une cause fréquente de nidation ectopique. Elle provoquerait, en effet, une nouvelle zone d'attraction, un nouveau tropisme, pour l'ovule fécondé.

L'endométriose tubaire est toutefois certainement moins décisive que l'on croit (Netter). En effet, la plupart des auteurs considèrent que l'endométriose tubaire a son lieu d'élection dans la portion interstitielle de la trompe. Lisa, par exemple, retrouve la muqueuse endométriale dans 25 % des coupes qui intéressent la portion intramurale de la trompe.

De Brux insiste également sur la fréquence des anomalies de localisation muqueuse de cette région.

Il y a, semble-t-il, une contradiction apparente entre la grande fréquence de l'endométriose interstitielle et la rareté des grossesses développées à ce niveau.

b) *L'énergie ovulaire pourrait aussi influencer la nidation.*

On invoquait autrefois l'essoufflement de l'ovule ou, au contraire, l'augmentation de son énergie vitale dans le mécanisme de son implatation interstitielle.

Ces descriptions vitalistes pittoresques sont retrouvées avec plus de rigueur scientifique dans la théorie qui invoque l'exagération de l'activité trophoblastique.

II. — LES MODIFICATIONS DES CONDITIONS DU TRANSPORT OVULAIRE

Pour atteindre le fond utérin, l'ovule fécondé impose l'intégrité des conduits et un trajet non anarchique.

a) *Les pertubations anatomiques des annexes ont été décrites :*

- La prolifération de la muqueuse ou la sténose rétractile, surtout post-inflammatoires, sont considérées comme des obstacles possibles à un cheminement normal de l'ovule, en modifiant la morphologie de la lumière tubo-utérine.
- Dans le même ordre d'idée, on invoque aussi la sinuosité des conduits ou la présence de diverticules annexiels, témoignant d'une anomalie congénitale.

b) *L'harmonie des mouvements péristaltiques et ciliaires paraît aussi indispensable.*

On aurait constaté la présence d'un péristaltisme tubaire au moment de l'ovulation.

Une rigidité pariétale, surtout post-inflammatoire, comme aussi l'altération de l'épithélium tubaire cilié, font comprendre les difficultés que peut rencontrer l'ovule fécondé pour progresser normalement.

c) *Les anomalies du trajet ovulaire.*

Dans la genèse des nidations interstitielles, diverses modalités particulières du trajet de l'ovule ont été invoquées. Il s'agit plus précisément de la migration externe et de la migration intra-utérine de l'œuf.

— La migration externe.

L'éventualité de ce mécanisme a été surtout mis en

évidence dans les cas de grossesse interstitielle après salpingectomie homolatérale, lorsque le corps jaune est sur l'ovaire situé du côté opposé à la grossesse.

La fréquence de sa survenue est diversement appréciée. Hasselblatt, par exemple, considère que ce mécanisme est la règle dans les cas de grossesse interstitielle après salpingectomie homolatérale.

Felmus et Pedowitz notent son éventualité dans 26,7 % des cas de grossesse interstitielle qu'ils analysent.

Pour d'autres auteurs, par contre, la migration transpéritonéale de l'ovule fécondé serait exceptionnelle (11).

On explique la possibilité de cette transmigration par la présence d'un courant liquidien intrapéritonéal (18). En outre, un mouvement d'aspiration d'origine endo-utériné aurait été invoqué.

L'ovule pourrait être fécondé dans une trompe et tomber ensuite dans la cavité abdominale pour atteindre la trompe opposée.

— La migration interne.

La migration interne ou intra-utérine de l'ovule fécondé a suscité également des opinions divergentes quant à la fréquence de son action dans la nidation interstitielle.

Ce « cheminement à contre courant » semble cependant improbable et illogique à Fulscher, par exemple à cause du péristaltisme tubaire dirigé vers l'utérus et de la disposition des cellules ciliées.

LES CAUSES FAVORISANTES

Mais l'apparition des perturbations anatomiques ou fonctionnelles que nous venons d'envisager témoigne d'un état particulier de l'appareil génital.

Ce fait explique que les malades qui font une grossesse interstitielle aient un passé gynécologique et, en particulier, soient atteintes de stérilité.

I. — La stérilité.

est, en effet, la cause la plus fréquemment citée dans l'étiologie de la grossesse interstitielle : 25 % selon Felmus et Pedowitz.

Mais il paraît évident que la stérilité primaire ou secondaire est la conséquence d'une même perturbation de l'appa-

reil génital, plutôt que la cause directe de l'implantation ovulaire interstitielle.

II. — Les avortements.

Cette conception semble d'ailleurs plus justifiée si l'on considère, comme Malkasian par exemple, la différence sensible qui existe entre le nombre moyen de gestations par malade (4,1) et celui de la parité par malade (2,2).

Ce décalage rend compte du nombre important d'avortements dans les antécédents des malades qui présentent une grossesse interstitielle.

III. — L'infection génitale.

1° Le rôle de l'infection, surtout dans sa forme chronique, dans la genèse de la nidation interstitielle a été souvent développé.

Felmus et Pedowitz, par exemple, notent la présence de lésions inflammatoires caractéristiques dans 25 des laparotomies pour rupture de grossesse interstitielle.

2° Actuellement, cette notion est parfois combattue.

— Il semble, en effet, à certains auteurs (3-19-4) que l'efficacité de la thérapeutique anti-infectieuse devrait faire diminuer la fréquence de la nidation ectopique. Les statistiques montrent, au contraire, sa progression.

— Cette augmentation du nombre de grossesses extra-utérines pourrait s'expliquer par l'apparition de gestations ectopiques chez les malades traitées pour tuberculose génitale qui, jusque-là, étaient stériles.

— Quoiqu'il en soit, on pense actuellement qu'il est plus légitime d'insister sur d'autres facteurs étiologiques, tels que les affections et interventions pelviennes antérieures et les malformations congénitales.

IV. — Les affections gynécologiques et les interventions pelviennes antérieures.

paraissent aussi favoriser la nidation interstitielle.

— C'est ainsi, par exemple, que la présence de fibromyomes ou de polypes du fond utérin est souvent retrouvée dans les antécédents des malades présentant une grossesse interstitielle (21-24-40).

— Beaucoup d'études insistent également sur le rôle favorisant des interventions pelviennes antérieures (En

excluant le cas des grossesses extra-utérines que nous verrons plus loin).

Ainsi, par exemple, MALKASIAN note cette étiologie dans 4 cas sur 11, FELMUS et PEDOWITZ dans 5 cas sur 45. En outre, FULSHER précise que sur les 67 cas de G.I. après salpingectomie homolatérale qu'il a pu recueillir, dans 20 cas la première intervention avait été pratiquée pour une autre affection que la grossesse ectopique.

Mais cet aspect qui concerne l'apparition de la grossesse interstitielle après salpingectomie homolatérale nous paraît particulièrement intéressant pour justifier son individualisation.

V. — LA GROSSESSE INTERSTITIELLE APRÈS SALPINGECTOMIE HOMOLATÉRALE.

Contrairement à l'opinion généralement admise, c'est, en effet, une forme étiologique assez fréquente.

Elle représente *près de* 25 % *des cas de grossesse interstitielle publiés.*

FULSHER en a retrouvé 67 cas dans la littérature mondiale jusqu'en 1957, auxquels s'ajoutent 4 de ses propres observations.

La salpingectomie initiale peut avoir été relative à la grossesse ectopique (75 %) ou à une autre affection gynécologique (20 cas sur 67).

Elle a pu laisser en place un moignon tubaire plus ou moins important ou bien réaliser un évidemment cunéiforme de la corne utérine (6 cas sur 67).

Dans la genèse de cette variété de grossesse interstitielle, trois mécanismes ont été surtout invoqués.

Il s'agit :

- de la reperméabilisation du moignon de salpingectomie ;
- de la migration transpéritonéale de l'ovule fécondé ;
- de la migration intra-utérine.

Ces trois modalités pourraient se produire isolément ou en se combinant, l'association la plus fréquente étant, selon HASSELBLATT, celle qui fait intervenir à la fois la migration externe et la reperméabilisation de la cicatrice opératoire.

Le facteur de gravité est augmenté dans cette variété étiologique de grossesse interstitielle parce que l'on soupçonne rarement a priori une récidive de grossesse ectopique du même côté.

En outre, la rupture, quasi inévitable, est grave à cause de l'importance et de la rapidité de l'hémorragie.

Signalons cependant l'exceptionnelle observation de SCIPIADES (cité par FULSHER) qui rapporte le cas d'une grossesse interstitielle après salpingectomie homolatérale, parvenant à terme avec un enfant qui survécut.

Pour éviter l'apparition de ces grossesses, FULSHER (auquel nous empruntons la plupart des idées développées ici) conseille, lorsque c'est possible, de réaliser une résection cunéiforme de la corne utérine, au moment de toute salpingectomie initiale.

Il énonce cependant, les limites et les inconvénients de la méthode que nous retrouverons, dans la discussion du choix de la méthode thérapeutique, de la grossesse interstitielle en général.

Si le traitement a pu être conservateur, une grossesse ultérieure normale peut être espérée sans risques. Si elle survient, il convient cependant, de redouter la rupture de l'utérus, surtout au moment du travail. Mais le choix de la voie basse ne doit pas être exclu *a priori*. La révision manuelle systématique semble une manœuvre de sécurité indispensable.

VI. — LES ANOMALIES CONGÉNITALES.

Selon DE BRUX (16), on peut classer les anomalies congénitales des trompes suivant leur localisation distale ou proximale, cette dernière étant la plus intéressante, et la seule en outre qui concerne cette étude.

a) L'endosalpingiose, ou « salpingite noueuse », pourrait être dénombrée en :

— Colonisation de l'épithélium interstitiel ou isthmique par l'endomètre, avec parfois, une hyperplasie polypoïde ;

— Myomatose, avec épaississement de la paroi ;

— Adénomyomatose, associant des formations canaliculaires et des faisceaux musculaires lisses hypertrophiés.

b) La présence de diverticules tubaires, de pavillons accessoires et de malformations minimes, interviendrait également dans la genèse de la nidation ectopique, en pertubant la migration ovulaire.

Ces anomalies de structure seraient très fréquentes (72,6 % selon DE BRUX) mais nous avons déjà signalé la rareté paradoxale de la grossesse interstitielle en face de la fré-

quence de l'endométriose interstitielle, qu'elle soit d'origine congénitale ou inflammatoire (44).

CONCLUSION

La multiplicité des causes invoquées, ne permet pas cependant de préciser toujours le mécanisme étiologique de la nidation interstitielle.

Et si l'on conçoit aisément l'intervention d'un ou plusieurs des facteurs étudiés, dans la genèse de la grossesse interstitielle intracanaliculaire, le problème de la grossesse interstitielle intramurale n'a pas encore reçu, semble-t-il, d'explication pathogénique satisfaisante (5).

Le problème thérapeutique

La conduite à tenir en présence d'une grossesse interstitielle est différente selon que la rupture est réalisée ou non.

I. — Dans la phase de pré-rupture :

— Que l'on adopte ou que l'on refuse la conception classique de la « grossesse angulaire », le problème thérapeutique, est, à à ce stade, intimement lié au problème diagnostique.

— Il faut, en effet, *éliminer avec certitude* la possibilité d'une évolution ultérieure favorable de la grossesse (que l'utérus soit normal ou malformé).

— Il faut, aussi, éviter une laparotomie trop hative, qui d'ailleurs ne résoud pas toujours le problème (23-32).

— Dans la mesure où elle évite une intervention inutile la *coelioscopie* pourrait être considérée comme un moyen thérapeutique autant que diagnostique. Nous nous permettons d'insister à nouveau ici, sur son intérêt.

— Mais la position classique, qui recommande la mise en observation de la malade en milieu chirurgical, garde toute sa valeur.

Elle permet souvent de faire disparaître le dilemne : faut-il intervenir ou non ?

Cette mise en observation s'accompagne utilement de la mise en repos, et d'une médication symptômatique antispasmodique, dont l'influence sur les conditions de l'examen gynécologique ultérieur peut être bénéfique.

II. — Dans les cas où la solution chirurgicale s'impose :

— soit parce que la rupture est déjà réalisée ;
— soit parce qu'un diagnostic précis laisse prévoir qu'elle

sera inévitable, le choix de la technique chirurgicale doit être discuté.

- Schématiquement, on pourrait concevoir un traitement conservateur lorsqu'il est possible et l'hystérectomie dans le cas contraire.
- Certains auteurs cependant, conseillent l'hystérectomie systématique en insistant sur les avantages de sécurité qu'elle présente, et sur les inconvénients immédiats et lointains du traitement conservateur (le mot conservateur étant pris dans le sens où il permet laparturition ultérieure).
- Nous allons tenter d'exposer ces tendances thérapeutiques, en étudiant leurs différents aspects.

1° Jusqu'à ces dernières années, l'*hystérectomie a été systématiquement conseillée* dans le traitement de la grossesse interstitielle (21-27).

La plupart des auteurs lui reconnaissaient les avantages d'une méthode sûre et rapide, sans les inconvénients du traitement conservateur plus shockant et facteur de récidives.

Mais ce procédé, qui réalise une mutilation chez une femme souvent jeune, tend à être considéré actuellement comme d'indication bien rare, En effet :

— d'une part, l'exécution correcte et minutieuse du traitement conservateur, lui évite ses inconvénients lointains : récidives et rupture de la cicatrice opératoire;

— d'autre part, les progrès des méthodes de réanimation, permettent plus souvent qu'autrefois la réalisation d'interventions assez longues;

2° C'est pourquoi le traitement conservateur est de plus en plus fréquemment réalisé.

Tel que nous l'avons défini, il présente plusieurs modalités d'applications, imposées par la forme anatomo-clinique des lésions.

a) l'Enucléation de l'œuf, avec stomie de la paroi utéro-tubaire, s'adresse aux grossesses non rompues. Elle a été, semble-t-il, réalisée pour la première fois à l'occasion d'une grossesse interstitielle par Lawson-Tait en 1893;

b) la Suture de la brèche utéro-tubaire, après parage des lésions, est également possible dans les ruptures de la corne utérine.

c) *La salpingectomie* avec résection de la corne utérine, outre sa réalisation à titre prophyllactique, lors de toute

indication de salpingectomie, semble le procédé le plus fréquemment utilisable dans le traitement conservateur des ruptures de grossesse interstitielle. C'est cette méthode thérapeutique qui paraît grouper la majorité des opinions actuelles.

Son protocole bien codifié, lui permet de convenir à la plupart des cas de rupture de grossesse interstitielle et la résection cunéiforme de l'implantation tubaire évite les récidives, sans présenter l'invénient de l'hystérectomie.

CONCLUSION

En pratique, le choix du procedé chirurgical doit rester subordonné à l'intérêt vital et fonctionnel de la malade, et doit être ajusté à chaque cas particulier.

La gravité de ces ruptures impose une réanimation systématique et précoce, qui commande en outre, le recul de l'indication de l'hystérectomie.

C'est d'ailleurs sur la nécessité d'une réanimation précoce, pré, per et post opératoire que beaucoup d'auteurs récents tiennent à mettre l'accent, en ce qui concerne le traitement des ruptures des grossesses interstitielle. Pour Felmus et Pedowitz en particulier, « les méthodes modernes de réanimation, devraient permettre de modifier le pronostic de ces ruptures, qui reste encore grave ».

DEUXIEME PARTIE

Exposé des observations recueillies dans le service de gynécologie obstétrique du Centre Hopitalier de Sidi-bel-Abbès

OBSERVATION N° 1

— Mme Men... K..., âgée de 26 ans.

— *Entre dans le service*, pour « anomalies menstruelles et douleurs pelviennes », le 27 janvier 1956.

— *Antécédents :*

- Nullipare,
- Métrorragies depuis 2 mois,
- Douleurs depuis 1 mois, assez violentes pour l'amener à consulter à 30 km de son domicile.

— *Examen :*

- Bon état général. Température normale.

- La palpation abdominale révèle une paroi souple et ne provoque pas de phénomènes douloureux bien nets.

- *Le Toucher Vaginal* montre un utérus déporté vers la gauche, augmenté de volume ; à droite, il existe une masse latéro-utérine de la grosseur d'un poing.

En raison de l'état général très satisfaisant de la malade, on porte le diagnostic de « *kyste de l'ovaire inclus* », et la malade est mise en observation pré-opératoire.

Cette période dure cinq jours, pendant lesquels on ne note aucune crise douloureuse, et aucune modification de l'état général.

— *Intervention le* 1er *février* 1956.

- Laparotomie médiane sous ombilicale.

- Dès ouverture de l'abdomen, on est surpris par la présence de sang.

Des adhérences épiploïques, dont on se libère, masquent une masse adhérente au rectum.

Cette masse étant libérée, elle apparaît bilobée. L'utérus augmenté de volume est déporté à gauche. Sur sa face latérale droite se trouve la tumeur, du volume d'une tête fœtale, qui présente sur sa face antérieure un orifice de 1 cm de diamètre.

- On remarque :

que la trompe droite est normale. La tumeur étant indépendante de son implantation utérine.

que le ligament rond s'insère en dedans de la tumeur.

- On pratique une hystérectomie subtotale, en raison de l'importance de la tumeur et des difficultés d'hémostase qu'elle laisse prévoir.

— *Examen de la pièce opératoire :*

- Incision sur le fond utérin, de gauche à droite, se prolongeant sur la tumeur.
- Présence d'un œuf complet avec un fœtus de deux mois et demi environ.
- La logette qui contient l'œuf est indépendante de la cavité utérine et de la cavité tubaire.
- Il n'y a pas de pénétration profonde du placenta dans la paroi, sur laquelle il paraît simplement accolé.

— *Conclusion :*

- Il s'agit d'une « grossesse intramurale » avec rupture silencieuse, sans aucun signe de shock en particulier.

OBSERVATION N° 2

— Mme Reg... M..., âgée de 23 ans.

— *Entre dans le service* le 29 juillet 1956, pour état syncopal.

— *Antécédents :*

A ressenti la veille, de violentes douleurs dans la région hypogastrique, survenant après un retard de règles de 15 jours.

— *Examen :*

- Tableau de shock; T. A. imprenable, malade pâle, avec les extrémités refroidies.
- La palpation de l'abdomen est très douloureuse.
- Le T. V. révèle un utérus légèrement augmenté de volume, globuleux, rétrodévié.

On diagnostique une rupture de grossesse tubaire, et l'on met en œuvre la réanimation pré-opératoire, en effectuant une transfusion sanguine isogroupe de 1 000 cc.

— *Intervention le 29 juillet* 1956.

- Laparotomie médiane sous-ombilicale.
- Présence d'un hémopéritoine de 2,5 l environ.
- *Au niveau de la corne gauche* existe une *tumeur* du volume d'une noisette, avec un petit orifice hémorragique. Cette tumeur siège en dedans de l'insertion utérine du L. R., mais semble cependant cravatée par quelques fibres dissociées de ce dernier.
- On ne peut retrouver la communication de la cavité tumorale avec la cavité utérine ou tubaire.
- Excision cunéiforme de la tumeur et suture de la brèche par deux points en X.

La trompe et l'ovaire gauches sont laissés en place.

— *Examen de la pièce opératoire.*

Rupture de la corne gauche à l'occasion d'une « grossesse intramurale ».

OBSERVATION N° 2.

OBSERVATION N° 3.

— Mme Ard... M..., âgée de 32 ans.

— *Adressée dan sle service* le 16 février 1958, pour « syndrome abdominal aig uavec douleurs pelviennes et subocclusion ».

— *Antécédents :*

- Multipare : accouchements normaux.
- Début de l'affection, il y a 24 heures par douleur abdominale aiguë.

— *Examen :*

- Cette malade présente un tableau typique de collapsus cardio-vasculaire.
- La peau et les muqueuses sont décolorées.
- Elle est, cependant, consciente et peut répondre à notre interrogatoire.
- Le pouls est filant, la T. A. maximale est à 6,5.
- L'abdomen est distendu, météorisé.
- Le T. V. pratiqué sous anesthésie montre un utérus en ante-version, augmenté de volume, paraissant gravide d'un mois et demi environ et légèrement « bosselé » sur sa face postérieure.
- Il n'y a pas de métrorragies.
- Le col est fermé.
- Les annexes paraissent normales.
- On pratique une ponction du cul de sac de Douglas, manœuvre devenue pour nous presque un geste de routine.
- La présence de sang nous montre qu'il s'agit d'un hématocèle.

— *Intervention immédiate :*

- Laparotomie médiane sous-ombilicale.
- Présence d'un hématocèle massif : 2,5 l.
- En retirant les caillots de sang situés dans la Douglas, *on a la surprise de ramener un œuf entier et intact,* contenant un embryon de 4 cm.
- Les annexes sont normales des deux côtés.
- Mais au niveau de la « corne utérine gauche », en arrière de la trompe et du L. R., se trouve une tumeur creuse, du volume d'une noix percée à son sommet d'un orifice de 1 cm de diamètre environ. La surface interne de cette sphère est cruentée et saignante.
- Nous en pratiquons l'excision en quartier d'orange, sans parvenir jusqu'à la cavité utérine.
- Les nécessités de l'hémostase nous obligent à ligaturer l'extrémité interne de la trompe gauche.
- La plaie utérine est suturée en deux plans (points en X et surjet).
- Les suites opératoires sont normales.

— *Diagnostic histologique :*

(Laboratoire d'Anatomie Pathologique de la Faculté de Médecine d'Alger - Professeur : LAFFARGUE).

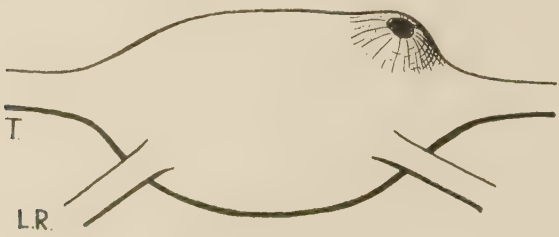
- Fragment de la cavité disséquée.
- La cavité est tapissée d'un endomètre de grossesse avec sa déciduale très caractéristique. Nous n'avons pas trouvé de placenta. Le muscle rompu contient des myocites à noyaux hyperchromatiques pouvant passer pour monstrueux. Forte infiltration hématique et œdémateuse.

— *Conclusion :*

La présence d'endomètre pose le problème d'une grossesse développée :

— soit dans une corne rudimentaire;

— soit dans un foyer endométriosique de la paroi utérine.



OBSERVATION N° 3.

OBSERVATION N° 4

— Mme Bou... R..., âgée de 25 ans.

— *Adressée dans le service*, pour « syndrome abdominal aigu », le 5 octobre 1959.

— *Antécédents :*

- Nullipare, mais 2e geste.
- Salpingectomie dorite, dans le service, le 9-4-58 pour rupture de grossesse tubaire droite.

— *Examen :*

- Malade très shockée; T. A. : 7,5/5.
- Abdomen tendu et douloureux.
- Le T. V. montre un cul-de-sac de Douglas bombant et douloureux, qui gêne l'examen.
- Un examen sous anesthésie permet de retrouver un empâtement péri-utérin, prédominant à droite, et de pratiquer une ponction du Douglas. Celle-ci ramène du sang lysé.
- Il s'agit donc d'un hématocèle qui impose l'intervention immédiate.

— *Intervention le 5 octobre* 1959.

- Laparotomie médiane sous-ombilicale.
- Présence de nombreux caillots sanguins dans la cavité péritonéale.

Un petit fragment de placenta adhère à la cicatrice de la salpingectomie droite, qui est rompue.

- *Au niveau de la corne droite,* il existe une boursouflure de la grosseur d'une noix.
- La trompe gauche est normale et le corps jaune est situé sur l'ovaire droit qui n'avait pas été enlevé lors de la salpingectomie antérieure.
- Excision cunéiforme de la corne droite et suture en deux plans par des points en X.
- Transfusion per-opératoire de 1 000 cc de sang isogroupe.

— Suites opératoires normales; la malade sort du service le 13 octobre.

— *En résumé :*

Avortement intra-péritonéal d'une grossesse interstitielle au niveau d'une trompe amputée, au cours d'une intervention antérieure pour grossesse tubaire, la salpingectomie n'ayant pas comporté une excision de l'implantation de la trompe.

— *Les deux observations suivantes sont rapportées parce qu'elles nous paraissent illustrer la difficulté du diagnostic différentiel de la grossesse interstitielle et la possibilité de formes intermédiaires.*

OBSERVATION N° 5

— Mme SNP D..., âgée de 25 ans.

— *Entre dans le service* le 6 février 1957, pour état syncopal.

— *Antécédents :*

- A eu deux enfants vivants : 3 et 1 ans.
- Aménorrhée depuis le dernier accouchement. Allaite.

— *Examen :*

- Tableau de shock avec pâleur des téguments et des muqueuses.
- Respiration superficielle et rapide, T. A. imprenable, pouls filant.
- Le T. V. est douloureux, particulièrement au niveau du cul-de-sac de Douglas, qui paraît comblé.
- Sous anesthésie générale, on perçoit une tumeur parautérine gauche et on ramène du sang à la ponction du cul-de-sac postérieur.
- On conclut à la présence d'une rupture de grossesse ectopique gauche et l'on décide d'intervenir.

— *Intervention le* 6-2-57.

- Laparotomie médiane sous-ombilicale.
- Inondation péritonéale.
- L'exploration de l'appareil génital permet de voir une brèche de 1 cm sur la trompe gauche au niveau de son insertion utérine.
- On sectionne la trompe au niveau de cet orifice et on dissèque la partie interstitielle. Cette dissection amène dans la cavité utérine où l'on se trouve en présence de débris placentaires que l'on curette.
- Suture de la corne par des points en X et surjet.
- Une portion de paroi utérine intéressée par la résection et des débris curetés sont prélevés pour analyse histologique.

— *Diagnostic histologique.*

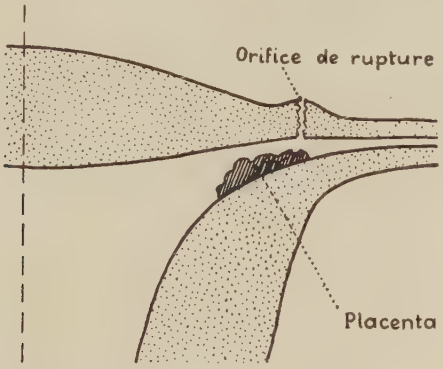
(Service des analyses anatomopathologiques de la Faculté de Médecine d'Alger - Professeur : LAFFARGUE.)

- « Muqueuse de grossesse avec caduque parfaitement différenciée. Dans la région de l'angle : villosités placentaires,

avec syncitium multinucléé dissocié par l'hémorragie. Grossesse tubo-utérine probable. »

— *Conclusion*

Grossesse tubo-utérine avec possibilité de développement d'une partie de l'œuf, vers la cavité utérine.



OBSERVATION N° 5.

OBSERVATION N° 6

— Mme Mou... Y..., âgée de 30 ans.

— *Adressée en urgence dans le service*, le 27 janvier 1962, pour avortement au 5e mois.

— *Antécédents :*

- A eu 5 enfants vivants.

— *Examen :*

- Dès l'inspection, on remarque la présence d'un pied fœtal à la vulve.
- L'avortement est évident.

— *Extraction sous anesthésie générale.*

On extrait assez facilement un fœtus macéré de cinq mois environ.

- Au cours de la délivrance manuelle, on ne trouve que quelques débris placentaires dans l'utérus.

Au niveau de l'angle droit, on perçoit *un orifice* qui communique, nous semble-t-il, avec la cavité abdominale.

- Cet orifice admet le passage d'un seul doigt qui semble entrer en contact avec la paroi abdominale, très mince chez cette malade.

Le placenta n'est pas perçu et le doigt peut évoluer librement dans la cavité abdominale.

- L'éloignement du placenta, qui semble libre dans l'abdomen, ainsi que la sensation d'un contact de la paroi par le doigt intra-utérin, nous incitent à porter le diagnostic de « rupture au niveau de la corne droite ».

— *Intervention immédiate :*

- Laparotomie médiane sous-ombilicale.
- A l'ouverture du péritoine, on est frappé par la présence d'une tumeur du volume d'un poing, siégeant au niveau de la corne droite.
- Cette poche étant ouverte, on y découvre l'insertion placentaire (peu adhérente) et la présence de nombreux caillots.
- La paroi de la tumeur est un tissu très mince, qui semble être le péritoine, et qui ne modifie pas la morphologie de la trompe libre.
- Le ligament rond s'insère en avant et en bas.
- On excise la majeure partie de la poche, la collerette restante permet de recouvrir la brèche utérine qui a été suturée en deux plans au catgut serti.

Les suites opératoires sont normales.

— *Examen histologique :*

- Les conditions locales ne nous ont pas permis de connaître les résultats de l'analyse histologique que devait nous adresser le laboratoire d'anatomopathologie de la Faculté d'Alger.

— *Conclusion :*

Il semble qu'il s'agisse d'une grossesse dont le fœtus s'est développé dans la cavité utérine et le placenta soit dans la cavité interstitielle de la trompe ou dans un diverticule de cette portion tubaire, soit dans une corne rudimentaire.

TROISIEME PARTIE

Discussion

Nous rapportons une série de 6 observations de grossesses développées à la jonction tubo-utérine. Elles ont été recueillies dans le service de Gynécologie-Obstétrique du Centre Hospitalier de Sidi-Bel-Abbès. Les deux premières ont été établies par M. le Docteur M. CHAPUS qui dirigea ce service jusqu'à sa mort en 1959.

Les quatre suivantes nous ont été communiquées par son successeur M. le Docteur E. CANOVAS, Gynécologue-Accoucheur, chef du service.

Parmi ces 6 observations, 4 sont des grossesses interstitielles typiques. Nous rapportons les deux autres parce qu'elles nous semblent illustrer certaines formes où le diagnostic ne peut être affirmé avec évidence.

Leur étude, nous permettra dans cette dernière partie, d'insister sur quelques points qui nous ont paru dignes d'intérêt.

I. — FRÉQUENCE.

Notre statistique a porté sur les protocoles opératoires du service, du 1er janvier 1954, au 30 avril 1962.

Durant cette période, 84 grossesses ectopiques ont été traitées.

Les observations que nous rapportons, représentent donc 7,1 % du total des grossesses extra-utérines. Ce pourcentage semble légèrement supérieur à ceux cités dans la littérature.

Mais il faut évidemment tenir compte du fait qu'il ne peut s'agir que d'un petit nombre d'observations, empêchant une conclusion statistique de valeur formelle.

II. — Les circonstances étiologiques.

1° *L'âge :*

— La majorité de nos malades a un âge voisin de 25 ans.
— Deux exceptions : 30 et 32 ans (obs. 6-3).

2° *La parité :*

— 3 sont multipares (3-5-6).
— 3 sont nullipares (1-2-4).

Il est à noter, que la malade de l'observation n° 4 est 2e geste.

3° Dans un cas, il s'agit d'une grossesse interstitielle développée sur moignon de salpingectomie (obs. n° 4).

III. — Clinique.

— Tous les cas ont été opérés, après que le diagnostic de rupture tubaire ait été porté (sauf le cas n° 1).

— Dans 3 cas, la ponction du Douglas, a révélé la présence d'un hématocèle (3-4-5).

— Dans un seul cas (n° 1), la rupture n'a pas été soupçonnée. Elle s'est produite à bas bruit, et la malade n'a présenté aucun phénomène de shock.

— Dans 4 cas au contraire, il y eut un tableau d'hémorragie et l'hémopéritoine a été abondant : 2,5 L.

Tous ces cas ont nécessité une réanimation pré ou post opératoire, fondée essentiellement sur la réparation de la perte sanguine.

IV. — Le diagnostic.

Le diagnostic exact de la localisation de la rupture, n'a été fait qu'au moment de la laparotomie ou de l'examen anatomopathologique.

L'insertion du ligament rond, ne semble pas un critère toujours fidèle, pour affirmer le siège interstitiel de la grossesse (1-2-3).

V. — Traitement.

A tenté de préserver au maximum, l'intégrité de la fonction génitale.

Nous notons :

— Hystérectomie subtotale	1, n°	1
— Suture de la brèche	3, n°	2
		3
		6
— Salpingectomie avec résection de la corne	2, n°	4
		5

Transfusion sanguine dans 4 cas.
Il n'y a eu aucun décès maternel.

VI. — Formes anatomiques.

— G. Intramurale	3, n°	1.2.3
— G.I. sur moignon de salpingectomie	1, n°	4 (4)
— G. Angulaire ou tubo-utérine	1, n°	5
— Diverticule tubaire ou corne rudimentaire	1, n°	6

Nous devons noter ici, la proportion remarquable de la grossesse interstitielle dans sa variété intramurale. Les 3 observations s'individualisent par la forme anatomoclinique des lésions qu'elles ont provoquées. Le cas n° 1, a nécessité une hystérectomie subtotale ; il s'agissait d'une grossesse de 2 mois et demi.

Le cas n° 2, doit au jeune âge de l'œuf (1 mois) un traitement très conservateur qui a laissé en place trompes et ovaires.

Le cas n° 3 pose un problème particulier que nous voudrions envisager maintenant.

VII. — Cas particuliers.

Observation n° 3.

La cavité tumorale ne semblait pas communiquer avec la cavité utérine. Or l'examen histologique retrouve la présence d'endomètre à ce niveau, et la présence d'une déciduale serait un critère éliminant la grossesse interstitiellle intramurale. Mais la localisation de la brèche sur la paroi de la corne utérine, et son isolement de la cavité utérine ou tubaire, nous incitent à penser qu'il s'agissait d'une grossesse intramurale, développée sur un foyer endométriosique de la corne utérine.

Observation n° 6.

Dans ce cas, le problème d'une anomalie congénitale tubo-utérine, semble se poser.

En effet :

— le fait que la malade ait pu mener sans histoire 5 grossesses et la morphologie de l'insertion tumorale sur l'utérus, nous font éliminer une malformation importante d'origine utérine.

— la minceur de la paroi de la poche rend compte de l'erreur diagnostique, à l'examen.

Il s'agissait d'une authentique rupture, et non d'un enchatonnement placentaire.

S'agissait-il d'une corne utérine, ou du développement de l'œuf partie dans la trompe, partie dans la corne utérine ?

VIII. — La grossesse angulaire existe-t-elle ?

1° Nous éliminons de ce commentaire, le cas des grossesses angulaires non rompues.

Les arguments développés par les différents auteurs paraissent cependant, confimer l'opinion selon laquelle, cette assymétrie utérine ne serait qu'une saillie formée par une contraction anormale de la corne (33).

2° Dans les cas de rupture de la corne utérine (en éliminant les cas de malformation évidente) il pourrait s'agir de « cornes rudimentaires » (40-21-23).

En outre, dans une de nos observations, la nidation angulaire semble impliquer également la participation de la portion interstitielle de la trompe : il s'agit de l'observation n° 5.

En effet, si le diagnostic histologique a pu affirmer la nidation angulaire, l'orifice de rupture était situé au niveau de l'extrémité distale de la portion interstitielle qu'il fallut d'ailleurs disséquer pour parvenir jusqu'à l'implantation du placenta. Peut-être pouvons-nous envisager ici l'hypothèse d'une grossesse tubo-utérine ?

CONCLUSION

Cette étude, fondée sur 6 observations de rupture de grossesses interstitielles ou de la corne utérine, nous a permis de préciser certains aspects actuels de ces grossesses.

La grossesse interstitielle, dans sa forme intracanaliculaire, ou dans sa variété intramurale, reste une forme grave, mais heureusement assez rare, de grossesse ectopique.

Avant la rupture, la coelioscopie parait être le moyen

le plus sûr, pour affirmer la présence d'une nidation au niveau de cette portion tubaire.

Après la rupture, le problème thérapeutique éloigne toute préoccupation théorique qui voudrait préciser le siège primitif de l'implantation ovulaire.

Les auteurs contemporains n'admettent plus, d'ailleurs, l'existence de la nidation angulaire dans l'étiologie des ruptures de la corne utérine.

Selon Mahon, « il semble que toute rupture de la *région angulaire* de l'utérus soit due à une cicatrice antérieure, ou à une grossesse interstitielle ».

Quant au syndrome clinique de la grossesse angulaire, son importance diminuera dans la mesure où nos moyens de diagnostic seront plus précis et mieux utilisés.

Vu : Le Président de Thèse :
PONTONNIER.

Vu : Le Doyen.
Pour le Doyen, l'Assesseur,
BLANC.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur,
Président du Conseil de l'Université.
Toulouse, le 14 mai 1963.

DOTTIN.

Bibliographie

1. Ambre C. et Gabriel H. (1952). — G.I. Rupture utérine en 2 temps très espacés. Placenta acreta. Hystérectomie. Guérison. *Bull. Gy. Obst.*, 4 - 2 - 382.
2. Aniort J. (1960). — Contribution à l'étude des ruptures utérines spontanées au cours des 6 premiers mois de la grossesse. *Thèse Médecine*, Bordeaux, 1960, n° 196.
3. Ashermann J. G. (1957). — Etiologie des grossesses extra-utérines. *Gyn. Obst.*, 56 - 5 - 462.
4. Bar P. (1900). — Sur une forme irrégulière de l'utérus pouvant devenir une cause d'erreur dans le diagnostic de la grossesse extra-utérine à son début. *Bulletin de la Soc. d'Obst.*, Paris, tome III, séance du 5 juillet 1900, page 277.

4 bis. Bar P. (1903). — Insertion de l'œuf dans une corne utérine. *Bulletin de la Société Obst.*, Paris, Séance du 19 novembre 1903, tome VI, page 444.

5. Bazin F. and B. C. Compton (1957). — Intramural pregrancy. A case Report. *Am. J. Obst. Gyn.*, 73 - 5 - 1141. Biblio.
6. Bisca B. et Felder M. (1960). — Coexistent interstitial and intra uterine pregnancy following homolateral salpingo-oophorectomy. *Am. J. Obst. Gyn.*, 79 - 2 - 263.
7. Böhlig H.) (1954). — Uber einen Fall von intramuraler Gravidität. *Zentralblatt. fur. Gyn.*, 1954 - 1 - 5.
8. Bonnet L. (1954). — Interprétation des oscillations enregistrées au cours de l'insufflation utéro-tubaire kymographique. *Gyn. Obst.*, 53 - 3 - 491.
9. Bret J. (1947). — Pronostic obstétrical des G.E.U. Considérations sur les possibilités de la chirurgie conservatrice et restauration de la trompe. *Gyn. Obst.*, 46 - 5 - 591.
10. Cartoux G. et Tran.dinh.de (1950). — Une série de 301 cas de grossesses extra-utérines. *Gyn. Obst.*, 49 - 3 - 390.
11. Colloque sur la G.E.U. (1962). — G.R. in Concours Médical 1962. Hôpital Broca, Paris, 2 et 4 juin 1961, 6 - 839 - 7 - 999.
12. Condamin F. (1932). — Un cas de grossesse interstitielle opérée avec conservation intégrale, par énucléation de l'œuf. *Bull. Soc. Obst. Gyn.*, 1932, P 704.
13. Constant G. (1935). — De la grossesse angulaire. Thèse Méd., Alger, 1935, n° 23 (Biblio.).
14. Cook D. and Butt J. — Hystero salpingography studies following ectopic pregnancy. *Am. J. Ost. Gyn.*, 66 - 3 - 626.
15. Daniel C. (1926). — Etude sur la trompe interstitielle normale. *Gyn. Obst.*, 1926 - 1 - 1.

16. De Brux (1961). — Les anomalies congénitales dans l'hystogénèse des G.E.U. Etude de 232 trompes gravides. Colloque sur la grossesse extra-utérine, 2-4 juin 1961. C.R. in Concours Médical, n° 6, 1962, p. 839-843.
17. Delaroche S. (1934). — Contribution à l'étude de l'histoire ancienne de la grossesse extra-utérine. Thèse Méd., Paris, 1934, n° 12, Jouvé et Cie, éd.
18. Dubreuil G. (1956 :
    1) Les trompes de Fallope chez la femme, Vigot et Cie, éd., Paris, 1956.
    2) Colloques sur la Fonction Tubaire, Masson et Cie, Paris, 1955.
19. Dubuis P. (1950). — Etiologie et diagnostic des nidations ectopiques. *Bull. des Soc. de Gyn. et Obst. de langue Française*, II, p. 105.
20. Falls F. H. (1956). — Pregnancy in the bicornate uterus. *Am. J. Obst. Gyn.*, 72 - 6 - 1243.
21. Felmus L. et Pedowitz P. (1953). — Interstitial Pregnancy. A survey of 45 cases. *Am. J. O. G.*, 66 - 6 - 1271 (Biblio.).
22. Ferguson R. K. and Reid D. E. (1958). — Rupture of the uterus : a twenty year report from the Boston Lying in Hospital. *Am. J. Obst. Gyn.*, 76 - 1 - 172.
23. Fitzgerald T. B. (1952). — Angular Pregnancy. *J. Obst. Gyn. Brith. Emp.*, 59 - 518. *C.R. in Am. J. Obst. Gyn.*, 66 - 6 - 1363.
24. Fulsher R. (1959). — Tubal pregnancy following homolateral-salpingectomy. *Am. J. Obst. Gyn.*, 78 - 2 - 355 (Biblio.).
25. Gaulis G. (1953). — G.I. opérée avant rupture, avec présentation des pièces. *Bull. Fed. des Soc. de Gyn. Obst. de L.F.*, V - 2 - 162.
26. Granjon A. et Beau A. M. (1950). — A propos des grossesses dites angulaires. *Gynécologie - Obstétrique*, 49 - 1 - 28 (Biblio.).
27. Greyfie de Bellecombe P. (1911). — Contribution à l'étude de la G.I. Thèse Méd., Paris, n° 113, 1911.
28. Hogans and Friedmann (1958). — Rupture of the intérus, due to placenta acreta at the site of a prévions cornual resection. *Am. J. O.*, 76 - 1 - 188.
29. Hyams M. N. (1953). — Interstitial Pregnancy unruptured. *Am. J. Obst. Gyn.*, 65 - 4 - 697.
30. Johnson Lloyd W. and Moir (1952). — A case of angular Pregnancy complicated by Gas, gangrene : infection of the uterus. *J. Obst. Gyn. Brith. Emp.*, 59 - 85. *C.R. in AM. J. OG*, 65 - 6 - 1367.
31. Kerr J. M. D. and Anderson F. (1934). — Angular Pregnancy. A clinical entity. *The Brith. Méd. J.*, 1 - 3 - 833. *C.R. in Gynecologie Obstetrique* 1936, 33 - 5 - 479 et cité par Fulmus and Pedowitz.
32. Kreis J. (1923). — Grossesse interstitielle ou angulaire ? Laparotomie exploratrice. Erreur de diagnostic, révélée par l'examen histologique. *Bull. Soc. Gyn. Obst. de Paris*, 1923, p. 683.
33. Lacomme M. (1960). — Pratique obstétricale, t. II, p. 1023-1025, Masson et Cie, Paris, 1960.
34. Ladas G. 1955). — Case report of a recurrent ectopic pregnancy in a stump of a tube. *Am. J. Obst. Gyn.*, 69 - 1 - 200.
35. Lequeux (1911). — Quelques cas de grossesses interstitielles. *L'Obstétrique*, mai 1911.

36. Lévy-Solal et Grasset (1952). — Les syndromes pathologiques de la Gravidopuerpéralité. Masson et Cie, Paris, 1952, p. 63.
37. Lisa J. R., and Gioia J. D., and Rubin I. G. (1954). — Observations on the Interstitial portion of the fallopian tube. *Surg. Gyn. Obst.*, 99 - 159.
38. Mahon R., Soutoul J. H. et Aniort J. (1961). — Les ruptures précoces de l'utérus gravide. *Gynécologie - Obstétrique*, 60 - 4 - 519.
39. Malfetano J. H. (1955). — Ocult rupture of uterus following ruptured Interstitial Pregnancy. *A. J. O. G.*, 70 - 6 - 1931.
40. Malkasian G. D. Jr., Hunter J. and Re. Mine W. (1959). — Pregnancy in the tubal interstitium and tubal remmants. *Am. J. Obst. Gyn.*, 77 - 6 - 1301 (Biblio.).
41. Meigs and Sturgis (1950). — Progress in Gynecology. Grune and Stratton, tome 2, p. 405.
42. Mothe L. (1909). — De la grossesse angulaire. Thèse Toulouse, n° 854, 1909.
43. Mousselon L., Michoulier, Debrosses. — *Bull. G. O.*, 1955, 7 - 3 - 294.
44. Netter A. (1949). — Gynécologie. *Collection Méd. Ch. à révision annuelle*, Flammarion, éd., Paris, p. 365.
44 bis. Netter A., Musset R. et Dupay A. (1957). — L'hystérosalpingographie à la diodone polyvidone : méthode de diagnostic des grossesses tubaires. *Gynécologie - Obstétrique*, 56 - 5 - 467.
45. Perramond L. (1942). — Contribution à l'étude clinique et thérapeutique des grossesses interstitielles. Thèse Méd. Marseille, n° 8.
46. Roux G., Nègre E. et Rapp P. E. (1952). — Grossesse interstitielle droite, de 3 mois après annexectomie droite. *Bull. Soc. Gyn. Obst.*, IV - 5 - 969.
47. Sandys C. (1950). — A case of cornual pregnancy subsequent to salpingostomy. J. Obst. Gyn. Brth. Emp., in *Bull. Soc., Gyn. Obst.*, II, 5, 820.
48. Séguy J. (1947). — Trois observations de gestations ectopiques traitées par énucléation de l'œuf avec conservation de la trompe. *Gyn. Obst.*, 46 - 2 - 244.
49. Séguy J. et Hervé (1959). — Migration controlatérale. *Gyn. Obst.*, 58 - 5 - 553.
50. Spriet R. (1950). — Grossesse interstitielle de plus de 4 mois rompue. Traitement conservateur. Guérison. *Gyn. Obst.*, 43 - 3 - 390 (Biblio.).
51. Thouvenot G. (1958). — Grossesse intramurale de Woerth. *Bull. Soc. G. O.*, 10 - 3 - 320.
52. Thoyer - Rozat. — E. M.C. Gynécologie Mamelle. Tomme II. 700 A 10, p. 2.
53. Vasen L. C. (1959). — Over de musculatur van de pars intramuralis tubae Fallopi, en haar functionele betekenis. Thèse Méd. Groningen 1959 (Bibl.).
54. Vaudescal R. (1919) :
a) Contribution à l'étude de la grossesse interstitielle. Thèse Méd., Paris, n° 160, Vigot, éd. (Bibl.).
b) Deux formes de grossesses anormales :
Journal de Méd. et de Chir. pratiques, 90 - 561.
— la grossesse interstitielle,
— la grossesse angulaire.

55. Verdier G. (1942). — Contribution à l'étude des ruptures de l'utérus au cours des grossesses angulaires. Thèse Méd., Montpellier, n° 140.
56. Webster A. and Herman Kerr C. (1956). — A case of interstitial pregnancy with rupture into the bowel. *Am. J. Obst. Gyn.* 72 - 2 - 430.
57. Weil A. M. (1955). — A case of interstitial pregnancy with perforation and extensive intraabdominal hemorrage managed with the vaginal approach. *Am. J. O. G.*, 69 - 1 - 194.

Table des matières

INTRODUCTION

PREMIERE PARTIE

Revue de la littérature.

— HISTORIQUE.

— ETUDE ANATOMIQUE.

A) *Généralités.*
B) *Etude anatomique de la jonction tubo-utérine.*

— La structure de la paroi.

1. Les conceptions classiques.
2. La conception de VASEN.

— La morphologie du canal interstitiel.

C) *Les critères anatomiques de la grossesse interstitielle.*

1. La verticalisation du fond utérin.
2. L'assymétrie des annexes.
3. La position du ligament rond.
4. La communication de la tumeur fœtale avec les cavités utérine et tubaire.

D) *Les classifications anatomopathologiques.*

1. La grossesse interstitielle intra-canaliculaire.
2. La grossesse interstitielle intramurale.

— ETUDE CLINIQUE.

A) *Généralités.*
B) *Les signes fonctionnels.*
1. La douleur.
2. L'aménorrhée.
3. Les métrorragies.

C) *Les signes physiques.*

D) *Les accidents évolutifs.*

1. L'avortement.
2. La rupture.

— DIAGNOSTIC.

A) *Le problème pratique.*
B) *Les examens paracliniques.*

1. L'épreuve de REEB.
2. Les épreuves biologiques.
3. L'hystérosalpyngographie.
4. La cœlioscopie.
5. L'examen anatomopathologique.

— ETIOPATHOGÉNIE.

A) *La fréquence.*
B) *Pathogénie.*

1. Les modifications des conditions d'implantation.
   - La colonisation de la muqueuse tubaire.
   - L'énergie ovulaire.
2. Les modifications des conditions du transport ovulaire.
   - Perturbations anatomiques.
   - Perturbations fonctionnelles.
   - Anomalies du trajet.
     Migration externe.
     Migration interne.

C) *Les causes favorisantes.*

1. La stérilité.
2. Les avortements.
3. L'infection génitale.
4. Les affections gynécologiques et les interventions pelviennes antérieures.
5. La grossesse interstitielle sur moignon de salpingectomie homolatérale.
6. Les anomalies congénitales.

— LE PROBLÈME THÉRAPEUTIQUE.

A) *Dans la phase de pré-rupture.*
B) *Au moment de l'intervention.*

DEUXIEME PARTIE

Exposé des Observations

TROISIEME PARTIE

Discussion